ESSAI

N° 197.

SUR

LES MALADIES DES DENTS ET DES GENCIVES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS JAILLOUX, de Gregy,

Département de Saône-et-Loire;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences de la faculté de Grenoble.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur.*
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau, *Suppléant.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Faible témoignage de reconnaissance.

L. JAILLOUX.

AVANT-PROPOS.

Mon intention, en traitant ce sujet, n'a point été de le considérer sous son point de vue mécanique (ce que je regarde comme la partie propre et essentielle du dentiste), mais seulement de l'examiner dans ses rapports avec l'hygiène et la pathologie. En effet, c'est par ce côté-là seul que les affections dentaires peuvent concerner le médecin, et quoiqu'elles soient tout entières de son ressort, il faut convenir qu'en général il en néglige le soin pour le laisser tomber sur des hommes qui, pour la plupart ignorans, en font une espèce de monopole. Les affections dentaires ne sont-elles pas trop communes et trop variées, pour que celui qui n'est pas versé dans l'art de guérir puisse parvenir à les connaître chacune séparément, et y apporter le remède convenable?

ESSAI

SUR

LES MALADIES DES DENTS ET DES GENCIVES.

Anatomie. Mon dessein n'est pas de donner ici une description des os maxillaires et palatins, telle qu'on la rencontre dans tous les traités d'anatomie descriptive. Ce sujet, qui ne présenterait que peu d'intérêt, sera, je pense, avantageusement remplacé par des considérations qui, tirées de leur forme et de leur structure, intéressent davantage le praticien. Dans ce qui aura trait à l'ostéogénie, des recherches multipliées ont été faites à cet égard, il est vrai, et si elles n'ont pas eu pour résultat définitif de préciser ce point (ce qu'on doit attribuer à la force différente des fœtus aux mêmes époques), du moins ont-elles le précieux avantage de le fixer approximativement.

Maxillaire supérieur. D'après *Béclard*, on aperçoit, à la fin du premier mois, quelques points osseux qui, plus tard, dessinent la forme parabolique de l'arcade alvéolaire supérieure. La voûte palatine, les régions faciale et nasale sont ordinairement ossifiées au quarantième jour, les surfaces orbitaires et l'apophyse molaire au cinquantième; quant à l'os incisif, sa soudure est si prompte qu'il est rare de le trouver séparé; toutefois, il est quelques cas où ces deux portions ne

se réunissent pas, comme on en voit des exemples dans certaines divisions congénitales de la voûte du palais.

Maxillaire inférieur. Le même auteur (*Béclard*) a observé que, chez les fœtus de trente à trente-cinq jours, l'os maxillaire inférieur offrait pour linéamens primordiaux une lamelle disposée en gouttière recourbée, dont les divers points osseux, partis soit de l'apophyse coronoïde, soit des condyles ou de la base de l'os, se réunissaient au deuxième mois. Cette époque est aussi celle des premières cloisons interalvéolaires, auxquelles succède un mois plus tard la formation des germes dentaires. Ces germes sont séparés par ces cloisons naissantes, placés au fond de l'alvéole, et disposés dans l'ordre que l'arcade dentaire présentera à son apparition.

Ces germes, aussi appelés *follicules membraneux*, sont formés par un tissu pulpeux suspendu d'abord comme une grappe de raisin à l'extrémité des vaisseaux et nerfs dentaires; ils ne sont guère visibles qu'à l'âge de deux mois, et sont recouverts d'une membrane qui les loge sans les contenir. Pour nous en faire une juste idée, supposons-la partir de la portion supérieure de la pulpe; celle-ci sera d'abord recouverte comme d'un capuchon par la membrane qui descendra ensuite sur les vaisseaux et nerfs qui soutiennent et alimentent la pulpe; elle les quittera à l'endroit où ils sortent de l'os maxillaire pour se replier sur les bords de l'alvéole qu'elle tapissera à son tour, contractera même avec cette dernière des adhérences plus ou moins intimes, et arrivée à sa partie supérieure, elle se rapprochera insensiblement, et par sa réunion avec le point d'où nous l'avons supposée partir, formera une nouvelle enveloppe semblable à la première, sur laquelle elle sera placée.

Mais quel est le mode d'ossification des dents, et comment l'émail vient-il se fixer sur la substance osseuse de ces organes?

1°. On pense généralement que la portion membraneuse interne recouvrant immédiatement la pulpe est celle qui présente le premier développement osseux. Celui-ci, suivant dans son extension le trajet

de cette membrane jusqu'à l'endroit où elle se replie sur l'alvéole, imite la forme du canal dentaire inférieurement. La portion supérieure, qui s'est développée la première, acquiert rapidement ses caractères distinctifs, et la forme du sommet de la couronne qu'elle doit former par la suite. Mais la partie qui s'est étendue vers le fond de l'alvéole, en se moulant sur la membrane interne mobile et flottante, n'y est fixée que par quelques prolongemens vasculaires; ceux-ci ne la maintiennent que faiblement : ce n'est que quand la portion osseuse de la dent a acquis un volume assez considérable pour qu'elle occupe toute l'alvéole qu'elle acquiert quelque fixité.

Telle est la marche de l'ossification, dont les incisives offrent les premiers linéamens vers le quatrième mois; plus tard, d'autres point osseux se manifestent sur les follicules voisins, et à cinq mois toutes les dents offrent ordinairement un noyau calcaire dont le volume est toujours en rapport avec le temps qui s'est écoulé depuis sa formation. A sept mois, les couronnes sont plus hautes, et les tubercules internes des molaires sont réunis entr'eux; la jonction des tubercules externes se fait un mois plus tard; enfin, à la naissance, les incisives sont complètement ossifiées; les canines en approchent beaucoup, et les molaires sont toujours alors suffisamment développées, si ce n'est au centre, dont la solidité n'est quelquefois que faiblement établie.

2°. Quant à l'émail, il prend d'abord naissance sur les tubercules, puis s'étend insensiblement jusqu'au collet de la dent, sans cesser pour cela de prendre de l'accroissement dans les points primitifs d'ossification, d'où il résulte que la partie de la dent où il offre le plus d'épaisseur est le tubercule qui lui a servi de point de départ, et que celle où il en offre le moins existe au niveau du collet, c'est-à-dire au point où il s'est développé en dernier lieu.

Sortie des dents infantiles. L'éruption des dents infantiles se fait ordinairement dans le même ordre que celui qui a présidé à leur formation. Cette éruption ne commence guère avant le sixième ou le septième mois, et débute le plus souvent par la sortie des in-

cisives centrales de la mâchoire inférieure. Bientôt après, les incisives correspondantes de la mâchoire supérieure se font jour. A ces dernières succèdent au bout d'un mois les quatre autres incisives, et l'ordre naturel que les dents avaient montré dans leur sortie jusqu'alors se trouve un moment interverti. Les premières molaires supérieures apparaissent, puis les inférieures; à celles-ci succèdent les canines vers douze ou quatorze mois, et à la fin de la deuxième année, souvent plus tard, on voit sortir à chaque mâchoire l'autre molaire, qui complète le nombre de vingt dents que comporte la première dentition. C'est ici le lieu de parler de l'erreur où certains auteurs ont été si long-temps concernant le nombre des dents infantiles : les auteurs dont je fais ici mention portaient ce nombre à vingt-quatre, quoiqu'il ne fût réellement que de vingt; et ce qui causait leur erreur tenait uniquement à la sortie précoce de la première multicuspidée adulte, qu'ils confondaient avec les dents infantiles. En réfléchissant sur ce sujet, on a lieu de s'étonner que ces hommes de mérite, connaissant du reste parfaitement la permanence de cette dent, l'aient prise pour une dent infantile : vingt dents tombent et sont remplacées, vingt dents seules appartiennent à la première dentition.

Maintenant que nous avons exposé d'une manière succincte ce qui était relatif à la formation à la sortie et à l'accroissement des dents infantiles, passons en revue ce qui a lieu pour la seconde dentition ; examinons dans le même ordre ce qui a rapport à leur odontogénie, leurs progrès et leur sortie; puis nous terminerons, dans un article concis, par l'exposition de leur mode de nutrition et de vitalité.

De même que nous avons vu, pour les germes des dents de lait, des époques diverses d'ossification, selon la classe des dents, de même aussi nous verrons cette différence exister pour les dents adultes; et bien loin que la corrélation établie entre ces deux dentitions se borne à ce seul rapprochement, nous verrons, au contraire, les points de contact se multiplier de plus en plus à mesure que nous entrerons dans de plus grands détails. En effet, les follicules dentaires, disposés de même manière, formés également d'un sac sans ouver-

ture, présentant les mêmes lois dans leur ossification, leur accroissement et leur sortie de l'alvéole, tous ces points de rapport ne sont-ils pas plus que suffisans pour démontrer l'analogie frappante qui les rapproche? Aussi, pour éviter le reproche d'avoir mis à part deux sujets dont l'identité ne saurait être révoquée, nous nous abstiendrons de rappeler ici tout ce qui peut être commun aux deux dentitions pour ne nous occuper que de ce qui y a rapport.

Dans cette catégorie se rencontre d'abord l'époque où ces germes dentaires donnent les premières traces d'ossification. Vers cinq mois, la première multicuspidée en offre seule quelques vestiges, puis les incisives à l'époque de la naissance, les premières bicuspidées à deux ans, les secondes à quatre. Quant aux autres multicuspidées et aux canines, elles ne prennent quelque solidité que beaucoup plus tard; enfin, ce n'est guère que vers dix ans que la dent de sagesse présente les premières traces de phosphate calcaire dans son organisation.

Une fois que les dents adultes ont acquis un certain développement, elles ne peuvent plus être contenues dans l'alvéole sans en chasser les dents de la première dentition; l'os maxillaire a pris de l'accroissement, les parties environnantes participent à ces phénomènes, s'irritent, et la dent de lait, libre par trop d'espace, et absorbée en partie par les vaisseaux qui s'y rendent, s'ébranle, et se trouve enfin expulsée par la dent adulte correspondante, qui la remplace ordinairement vers l'âge de six à sept ans. Mais ce phénomène n'a pas lieu pour toutes les dents à la fois; la première multicuspidée, comme ayant présenté la première des traces d'organisation calcaire, est aussi celle qui forme le point de départ; après elle, viennent les incisives; la première bicuspidée les suit immédiatement, puis les canines et la seconde molaire. Cette dernière ne se montre guère que vers l'âge de neuf ans, la seconde multicuspidée à onze, et enfin la dent de sagesse, dont l'apparition complète la rangée dentaire adulte, paraît environ vers la vingtième année (1).

(1) L'apparition des dents au-dehors et leur fixation dans la courbe alvéolaire

Nous avons dit plus haut que nous terminerions l'exposé anatomique par le mode de nutrition et de sensibilité des dents. Ce sujet, tout en nous instruisant de l'origine et du trajet des vaisseaux et des nerfs qui aboutissent à ces organes, remplira encore un autre but non moins important, celui de nous éclairer sur l'histoire jusqu'ici peu connue des sympathies dentaires.

Les nerfs sont les seuls agens de la sensibilité, et pour les organes qui nous occupent, il n'y a que les trijumeaux qui leur en fournissent; ceux-ci se divisent en trois grosses branches principales appelées, l'une ophthalmique, l'autre maxillaire supérieure, et la dernière maxillaire inférieure. Leurs noms respectifs indiquent d'une manière sommaire quels sont les points auxquels elles se distribuent, et leur source commune nous rend compte d'une foule de phénomènes qui surviennent sympathiquement, soit dans les douleurs qu'on éprouve lors de la carie des dents, soit dans les pleurs qu'on verse lors de leur extraction.

Les vaisseaux qui entrent dans la composition de la pulpe, et qui servent chez le fœtus à la formation, et plus tard à la nutrition de la dent, tirent tous leur origine de l'artère maxillaire interne. Celle-ci envoie plusieurs rameaux qui pénétrent dans la cavité que la dent présente à son centre; l'os maxillaire inférieur ne reçoit qu'une branche, qui porte le nom de *dentaire inférieure*. Elle pénètre avec le nerf du même nom dans l'ouverture du conduit dentaire, et accompagne jusqu'à la pulpe les nombreux ramuscules que ce nerf lui fournit.

L'os maxillaire inférieur reçoit ses rameaux de deux branches; l'une, appelée alvéolaire, qui alimente les incisives et les molaires; l'autre, sous-orbitaire, dont les ramifications communiquent avec la précédente.

---

procédant le plus souvent avec la plus frappante régularité, cet ordre n'est cependant pas tellement invariable, qu'il ne soit fréquemment interverti. Il en est, à cet égard, de la dentition comme de tous les actes de l'économie vivante, l'instabilité en forme le principal caractère.

Hygiène.

L'hygiène des dents, si négligée de nos jours, est divisée, de même que l'hygiène générale, en *circumfusa*, *applicata*, *ingesta*, *excreta*, *gesta* et *percepta*. Nous allons les étudier chacun séparément dans leurs rapports avec les dents.

Circumfusa. Hallé comprend sous ce nom tout ce qui agit habituellement sur l'homme, comme la température, le climat, les habitations, l'atmosphère, etc. Lorsque ces agens se trouvent dans leur plus grand état de pureté, c'est-à-dire quand la température est modérée, le climat sain, les habitations sèches et bien aérées, il est non-seulement très-rare de voir les affections dentaires s'y manifester, mais encore il est d'observation que les personnes qui en sont tourmentées éprouvent une amélioration notable, tandis que tous les symptômes contraires se montrent dans des circonstances opposées. La température agit sur les dents quand elle est portée à un degré trop élevé; dans les deux saisons extrêmes, l'application directe de l'air sur ces organes doit être empêchée.

Le climat, les habitations et l'atmosphère agissent sur les dents directement et indirectement; ainsi, dans certains pays où le climat est continuellement humide, où les habitations sont malsaines et placées sur un terrain marécageux, peu aéré, comme la Bresse, la Saintonge, les affections dentaires y sont endémiques, et souvent consécutives à l'altération générale de l'économie. L'atmosphère peut aussi être viciée par la présence de quelques substances métalliques qui, s'attachant aux dents, les corrodent, irritent les gencives, et peuvent déterminer des affections graves, comme on le voit chez les graveurs, les ciseleurs, et en général tous ceux dont l'occupation est de travailler sur les métaux.

Comme traitement, deux indications se présentent à remplir, 1°. combattre les symptômes généraux qu'elles auront développés;

2°. combattre les causes et symptômes particuliers. Pour remplir le premier but, on assainira les lieux, ou l'on fera changer de climat, et l'on attaquera convenablement les affections générales, tandis que, pour remplir le second, il suffira d'enlever le corps étranger fixé sur la dent, et d'en prévenir une introduction nouvelle au moyen d'un corps quelconque placé au-devant de la bouche.

Applicata. Sous ce nom l'on désigne tout ce qui est appliqué à la surface du corps, comme vêtemens, bains, cosmétiques.

1°. Les vêtemens agissent sur les dents d'une manière médiate; qui ne sait que leur changement trop précipité pour la saison, que la conservation imprudente de ceux qui sont humides, ou la suppression de ceux qui sont habituels, entraînent souvent des maladies des dents plus ou moins violentes.

2°. *Bains.* Leur température trop peu en rapport avec celle du corps peut produire les mêmes accidens.

3°. *Cosmétiques.* Nous ne parlerons ici que de ceux employés journellement pour entretenir la beauté des dents et la fraîcheur de la bouche. Ces agens sont les brosses, les poudres dentifrices et les eaux spiritueuses.

Les brosses doivent être appropriées à l'état des gencives; en général, on ne doit jamais les faire saigner; pour une bouche saine, la dureté de la brosse est de peu d'importance, à moins qu'elle ne soit portée à l'excès; les eaux spiritueuses et les poudres dentifrices peuvent aussi être employées, pourvu que les premières ne soient point acides (parce qu'alors la blancheur momentanée qu'elles produisent n'est due qu'à la perte d'une couche d'émail), et que les secondes soient solubles ou très-ténues; car, si elles ne l'étaient pas, comme, par exemple, celles de corail et de charbon, elles auraient la funeste propriété de rayer les dents, de s'introduire entr'elles et les gencives, de les séparer de l'organe osseux, et d'en déterminer enfin l'inflammation.

Si les gencives sont malades, il faut en bannir entierement l'usage; elles ne serviraient qu'à aggraver les accidens.

Ingesta. Cette classe comprend toutes les substances soit solides, soit liquides, destinées à être introduites dans l'estomac. Elles peuvent agir de deux manières : 1°. par leur solidité; 2°. par leur composition.

La consistance des alimens est de peu d'intérêt pour une bouche saine; mais si elle est malade, cette propriété est très-importante; comme, par exemple, quand les dents sont vacillantes, ou que les gencives sont enflammées. Le degré de pression et le frottement nécessaire pour en opérer la division ébranlent les premières, irritent, enflamment davantage les secondes, et détruisent leurs adhérences avec les dents. Si ces alimens sont acides, comme certains fruits, ils déterminent un phénomène particulier que l'on nomme *agacement*. On avait pensé que les substances salées avaient une action très-prononcée sur les dents et les gencives, mais l'expérience a démontré qu'elle était presque nulle.

Les liquides pourront agir par leur température, selon qu'elle sera plus ou moins élevée; par leur composition, suivant qu'ils contiendront des acides, ou des substances capables de nuire aux dents en s'y fixant. Les précautions à prendre dans ce dernier cas sont de changer d'eau, ou, s'il est impossible, du moins de la purifier par le filtre ou la distillation.

Excreta. Ils comprennent le tartre, etc.

Le tartre, dont l'origine a été contestée pendant long-temps, et attribué par le docteur *Serres* à un système particulier d'organes, par d'autres à une inflammation des gencives, le plus généralement considéré comme un dépôt de la salive, agit en s'accumulant sur les dents, qu'il dénude, soit en refoulant les gencives, soit en s'introduisant entre ces dernières et les organes qu'elles recouvrent : il faut, dans ces cas, enlever le tartre et en prévenir l'accumulation.

Gesta. Ils comprennent toutes les fonctions auxquelles les dents doivent concourir, telles que la mastication, la parole et la rétention de la salive. Ces fonctions s'exécutent d'une manière d'autant plus parfaite que toutes les conditions d'une bonne denture sont réunies, et que les organes qui y participent sont dans un plus grand état d'intégrité; ainsi, leur mauvais arrangement rendra la mastication longue et pénible; la parole sera embarrassée; la salive sera difficilement retenue.

Percepta. Les dents sont-elles soumises aux affections morales? Nous l'ignorons; cependant *Fauchard* ne paraissait pas éloigné de le penser.

Séméiologie dentaire.

La structure et la forme des dents peuvent fournir des signes fort importans; les dents sont lisses, d'un blanc légèrement jaune et d'une grande consistance. Leur racine est allongée, leur couronne courte et recouverte d'un émail épais fortement fixé à l'os de la dent. Les gencives qui les environnent sont fermes, dures, minces, d'un rose pâle, et très-adhérentes au collet.

Les signes dont nous allons parler serviront à constater telle ou telle affection lors de l'ossification des dents chez les individus qui les présenteront : bien plus, par la position de ces signes, on sera à même de juger approximativement du temps où l'affection a existé. L'atrophie ou le blanc mat de la dent sera l'expression d'un état adynamique; la présence de lignes dans l'émail, la perte totale ou partielle de cette substance, sa noirceur, indiqueront une affection grave des voies digestives. Dans les affections primitives ou consécutives du cerveau, les dents sont lisses et sèches; elles paraissent s'allonger dans celles qui produisent un grand amaigrissement, deviennent vacillantes dans *le scorbut*, et se couvrent d'un enduit fuligineux dans les différentes espèces de typhus. Leur usure prématurée peut porter à soupçonner une affection épileptique vraie ou simulée.

Maladies des dents.

La méthode de diviser les maladies, en général, sous trois ordres principaux, ayant été adoptée par les nosologistes modernes, nous la suivrons pour celles qui doivent nous occuper, c'est-à-dire, que nous les diviserons en physiques, organiques et vitales.

Maladies ou lésions physiques. Elles sont le résultat d'une cause qui agit mécaniquement. Le plus souvent dues à une cause externe, nos muscles même peuvent aussi les occasionner, comme on le voit dans le trismus. Les lésions physiques ne supposent pas nécessairement un état de vie. Dans cette classe sont comprises l'usure, les fractures et les luxations.

Usure. Elle peut être naturelle ou accidentelle. Dans le premier cas, elle est une suite inévitable des progrès de l'âge; la seconde seule rentre dans le domaine de la pathologie. Les causes qui la favorisent sont : les altérations dans la structure des dents, l'usage de corps susceptibles d'altérer l'émail, enfin les maladies dans lesquelles les dents sont fortement pressées les unes contre les autres. Elle peut être avec ou sans douleur; dans le premier cas, qui n'arrive guère que quand le canal dentaire est ouvert, il faut avoir recours à la cautérisation et au *plomber;* dans le second, le prognostic est peu grave, et le traitement se borne à empêcher le frottement au moyen du grillage.

Fractures. Elles surviennent ordinairement aux incisives, plus rarement aux molaires. On les a divisées en simples et compliquées : simples, lorsqu'il y a seulement solution de continuité; compliquées, lorsqu'il y a coexistence d'un autre phénomène susceptible de réclamer un traitement particulier. Les complications les plus ordinaires sont : la présence de fragmens, le déchirement des gencives, et l'ouverture du canal dentaire.

Si la fracture est simple, on se bornera à régulariser la surface restante de la dent, de manière à ce qu'elle ne puisse blesser les parties voisines. Dans le cas où le fragment aurait été maintenu en place par la gencive ou le périoste, on se gardera bien de l'enlever, à moins qu'il ne se manifeste des symptômes inflammatoires; car, quoique l'expérience prouve que deux fragmens de dents ne se réunissent jamais immédiatement, il peut arriver qu'ils soient maintenus dans leur position naturelle par l'ossification du périoste, ou par une nouvelle couche osseuse dans l'intérieur, qui agirait alors à la manière d'une virole. En cette circonstance, il suffit de préserver la dent de tout choc qui pourrait en rompre le faible soutien.

Il peut arriver aussi que la fracture soit compliquée de l'ouverture du canal dentaire ou d'une déchirure considérable des gencives; ici, il faudra enlever tous les corps susceptibles d'entretenir l'irritation, employer les antiphlogistiques dans le début, puis cautériser et plomber.

Luxations. Elles consistent dans le défaut complet ou incomplet de contiguité des dents avec les alvéoles. Les chutes, les chocs contre les corps étrangers, les pressions trop fortes, les efforts faits avec ces organes, en déterminent souvent la luxation. Le prognostic sera d'autant plus grave qu'un nombre plus considérable de dents auront été luxées, et que les complications présenteront plus de gravité; quant au traitement, il peut se réduire, dans tous les cas, d'abord à combattre les symptômes inflammatoires, puis à remédier aux accidens *primitifs*, au moyen de fil de métal, de grillage, de repos général. Ces moyens, contentifs pour la plupart, ou préservatifs, mettront la dent luxée à l'abri de tout choc, jusqu'à ce que l'alvéole et la gencive, revenant sur elles-mêmes, la fixent presque aussi solidement qu'avant l'accident.

Lésions organiques. Les médecins modernes entendent sous ce nom toutes les maladies qui sont le résultat d'une altération de structure

de nos organes ou des tissus qui les composent. Dans cette classe se trouvent les inflammations de la pulpe, du périoste et des gencives, ainsi que les différentes espèces de carie.

Causes générales. Elles sont très-nombreuses, et comprennent tout ce qui peut déterminer une pléthore générale et un afflux direct sur ces organes; ainsi, l'âge adulte, la gestation, le tempérament sanguin, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, l'abus des liqueurs, rentrent évidemment dans cette classe. Parmi les causes locales, on peut citer l'usage de certains agens dentifrices, des eaux spiritueuses, les caustiques mal appliqués sur ces parties, les températures extrêmes et leurs variations subites, l'usage d'eaux ou d'alimens de mauvaise nature, etc.

Prognostic. On conçoit que la grande variété des causes doit amener aussi une grande différence dans le prognostic, et qu'il dépendra de leur action plus ou moins prolongée, de leur complication, ainsi que de la position dans laquelle se trouve le malade. Qu'une odontite, par exemple, dont l'intensité est modérée, se développe pour la première fois, elle ne présentera que peu de dangers, tandis que le contraire aura lieu si elle s'est déjà manifestée plusieurs fois, ou qu'elle soit accompagnée de douleurs intolérables. Le prognostic acquerra encore de la gravité si l'affection traîne en longueur et passe à l'état chronique.

Chacune de ces affections peut offrir les trois modes de terminaison, chacune d'elles peut ou se résoudre, ou passer à l'état chronique ou de suppuration. Si elles affectent le mode résolutif, on les verra peu à peu disparaître, et les parties qui en étaient le siége revenir à leur état normal sans être le siége de suppuration; celle-ci doit-elle, au contraire, avoir lieu, les divers phénomènes deviennent plus obscurs, la douleur est moins lancinante, les parties affectées blanchissent, et plusieurs points de suppuration ne tardent pas à paraître, tandis que dans le passage à l'état chronique les symptômes

diminuent d'abord notablement; mais, arrivés à un certain degré, ils restent stationnaires, et conservent indéfiniment cet état intermédiaire.

Inflammation des gencives. Lorsqu'elle est légère et de peu d'étendue, la turgescence et la douleur, modérées, n'occasionnent que peu de dérangement; à peine, ainsi caractérisée, cette affection nécessite-t-elle de légers émolliens; plus considérable, il suffit pour la vaincre de bains locaux et de quelques émissions sanguines: son passage à l'état chronique est plus fâcheux, il indique une affection générale de l'économie. Dans ce cas, on ne doit employer les émolliens qu'après l'emploi de légers spiritueux qui suffisent le plus souvent pour ramener l'inflammation à son état primitif. Les dérivatifs intestinaux, si puissans en pareille occurrence, ne devront jamais être employés avant d'avoir soigneusement interrogé l'estomac et les intestins, et avoir examiné avec attention les causes productrices de la maladie, l'emploi sagement dirigé du chlorure de sodium étendu dans deux fois son poids d'eau, des acides affaiblis, de l'alun pulvérisé, et surtout du cautère actuel.

Périodontite. C'est l'inflammation du périoste qui enveloppe les racines des dents. Si elle est aiguë et qu'elle n'occupe qu'un petit espace, elle se termine le plus souvent en quelques jours, et la vacillation des dents, qui en est la suite ordinaire, a bientôt disparu.

La douleur occasionnée par la périodontite aiguë est très-vive, et cette acuité tient au siége de la maladie et à la disposition anatomique des organes enflammés. L'alvéole, toujours contiguë à la dent qu'elle contient, ne peut s'étendre, se dilater aussi subitement que l'exigerait l'inflammation prompte du périoste, qui, dans un très-court espace de temps, acquiert un volume assez considérable pour être gêné, et provoquer par là la compression des nerfs qui se rendent à la dent. Il ne se passe ici que ce qui a lieu dans l'inflammation aiguë des organes sous-aponévrotiques d'une partie quelconque du corps.

Le traitement devra être antiphlogistique ; on recommandera au malade les décoctions mucilagineuses, celles de guimauve et de têtes de pavots édulcorées ; les lotions émollientes lui seront avantageuses, ainsi que les bains de pieds fréquemment renouvelés ; mais, dans l'emploi de ces moyens, on ne devra jamais perdre de vue la cause productrice de la maladie pour diriger sur elle le traitement. L'extraction dans la carie, l'ablation du tartre dans le cas de son accumulation occuperont sans contredit le premier rang dans l'emploi des moyens thérapeutiques.

La périodontite chronique est en général beaucoup plus grave ; elle peut être primitive ou consécutive, et dans le traitement qu'elle réclame (la cautérisation), il faut que *le fer chaud et mince* dont on se sert aille jusqu'au bord alvéolaire ; par ce moyen, l'inflammation, de lente et chronique, revêt le caractère aigu, dont le premier résultat est une vive rougeur du périoste. L'essentiel, en suivant ce procédé, est de ne point cautériser une trop grande surface à la fois, afin de localiser l'effet autant que possible : il ne faut pas non plus se servir d'un cautère trop chaud, car on s'exposerait à déterminer des affections assez graves pour nécessiter de suite l'extraction de la dent ; le degré de chaleur ne doit point dépasser celui nécessaire pour blanchir légèrement les gencives ; quant au nombre de fois qu'on doit appliquer le cautère, il n'y a aucune règle fixe à cet égard ; on a vu des périodontites qui n'ont cédé qu'à la trente-deuxième application.

Il est certaines affections du périoste dans lesquelles l'extrémité seule qui revêt la racine est atteinte ; cette portion se constitue en une espèce de kyste qui jouit de la propriété de détruire cette racine, de rendre la dent vacillante et d'en occasionner la perte. D'autres fois, au contraire, cette portion enkystée acquiert un volume considérable et force à l'extraction.

Odontite. L'odontite est l'inflammation de la pulpe dentaire. Cette inflammation, qui peut siéger sur toutes les dents, se manifeste néanmoins de préférence sur les molaires ; rarement les incisives,

surtout les inférieures, en sont-elles atteintes. Elle peut exister sous trois états, subinflammatoire, aigu, chronique.

Quant il n'y a que subinflammation, les premiers symptômes sont un fourmillement, puis une douleur dans la partie profonde de la dent; cette douleur ne donne lieu à aucun phénomène de réaction ou de sympathie, et elle se termine ordinairement par résolution.

Mais si cette subinflammation, par l'intensité de la cause ou par l'idiosyncrasie individuelle, passe à l'état aigu, la douleur augmente et devient pulsative; si elle vient à s'assoupir, le moindre choc la réveille et ranime les sympathies; toute l'arcade dentaire y participe bientôt, et le sang, appelé vers ces parties irritées, s'amasse successivement et de proche en proche dans le périoste et les gencives, devenues à leur tour le siége d'une vive inflammation.

La maladie peut se borner à ce degré, mais aussi elle peut quelquefois malheureusement le dépasser; alors, les gencives gonflées deviennent saignantes et douloureuses; les lèvres, les joues grossissent considérablement; les paupières s'engorgent, l'œil répand des larmes involontaires, et les douleurs, continuant toujours à irradier en suivant principalement le trajet des nerfs, se portent quelquefois jusqu'au cerveau, et troublent la raison. Ces douleurs ne peuvent être comparées à rien; elles sont si intolérables, qu'on a cherché à en exprimer la violence par le mot de *rage de dents*. Beaucoup plus fortes la nuit que le jour, on pense communément que la chaleur du lit, la position horizontale sont autant de causes qui doivent y faire affluer une plus grande quantité de sang et surexciter la sensibilité. Mais l'absence de variété des objets qui multiplient nos sensations et se partagent successivement notre pensée n'entre-t-elle pas aussi pour quelque chose dans la vivacité de ces douleurs nocturnes? Tout occupé de son mal, ne doit-on pas le sentir plus vivement?

Le prognostic variera suivant la fréquence de l'affection et son intensité. Si elle paraît pour la première fois, on pourra espérer qu'elle ne reparaîtra pas; mais si elle a déjà eu un certain nombre de récidives, le traitement le plus actif sera à peine suffisant pour s'en rendre

maître. Très-souvent même, pour éviter de graves dangers, faudra-t-il recourir à l'extraction de la dent.

L'ossification de la pulpe présente la plus grande analogie dans ses symptômes avec l'odontite. Incapable de guérison par les moyens ordinaires, elle exige absolument l'extraction. L'eau froide, dit-on, est un excellent moyen pour reconnaître ces deux affections et les différencier. Je ne sais jusqu'à quel point l'on doit ajouter foi à un pareil moyen diagnostique.

L'odontite chronique est peu douloureuse et susceptible de rester long-temps stationnaire; le plus ordinairement elle offre le type intermittent. Si, par l'idiosyncrasie du malade, elle passe à l'état aigu, les chances de succès seront beaucoup plus favorables.

Dans l'odontite aiguë, le traitement antiphlogistique sera employé avec l'énergie proportionnée à sa violence; les bains locaux, les évacuations sanguines, les boissons mucilagineuses en feront la base; on y adjoindra aussi avec avantage quelques opiacés. S'il y a chronicité, les excitans ou les dérivatifs seront beaucoup plus utiles; je connais plusieurs personnes qui n'ont dû leur guérison qu'à l'entretien prolongé d'un vésicatoire derrière les oreilles.

Carie. On comprend sous ce nom l'ulcération lente et contre nature d'une portion de la dent, dont la surface se charge d'une substance molle et fétide.

Il existe deux espèces de carie, l'une interne, l'autre externe.

La première reconnaît pour cause l'inflammation de la pulpe; elle peut siéger sur toutes les dents, et les symptômes primitifs qui la décèlent ne sont autres que ceux de l'odontite qui la produit; mais à mesure qu'elle gagne en étendue et s'approche de la surface externe de la dent, celle-ci devient plus douloureuse à la percussion, et à cette même époque, il n'existe encore aucun indice extérieur d'altération. Plus tard, et la maladie faisant toujours des progrès, la surface triturante jaunit, puis noircit en s'amollissant, et finit enfin par disparaître en laissant apercevoir tout à coup une cavité beaucoup plus grande qu'on ne l'aurait cru de prime-abord; c'est alors que la cavité

dentaire, mise à nu, cause de très-vives douleurs, et toujours en raison de l'étendue de la carie.

Le traitement présente trois indications spéciales : 1°. préserver les dents voisines ; 2°. borner la maladie; 3°. remédier aux désordres qu'elle a produits.

On remplit la première indication en limant avec précaution les parties contiguës aux dents voisines, pour obvier à la transmission de l'affection. La seconde exige quelques précautions qui ne sont pas sans utilité ; elle ne devra être remplie que quand les douleurs auront complètement cessé, et, pour arriver à ce but, la simple introduction dans la carie de coton, soit simple, soit imbibé de suc de citron, la fait cesser, si toutefois elle n'est pas trop forte ; une fois qu'on s'est rendu maître de la douleur, il faut alors s'occuper de borner la maladie et de remédier à ses désordres, ce qu'on fait en cautérisant, puis en plombant la surface cariée.

Carie externe. Elle se développe sous l'influence de causes purement extérieures, telles que coups, chutes, fractures, pressions prolongées, etc. Toutes les dents peuvent en être affectées. L'érosion des dents, leur atrophie, leur mauvaise organisation, une constitution lymphatique, la gestation, y prédisposent, et en général toutes les causes qui agissent en détruisant l'émail ou en altérant la constitution.

Le diagnostic de cette affection est facile ; ordinairement l'inspection suffit, et quand l'œil ne peut y parvenir, une sonde courbe ne tarde pas à faire arriver sûrement à sa connaissance. Elle est le plus souvent sans douleur ; quelquefois la dent entière est détruite sans que le malade ait senti de douleurs incommodes ; néanmoins une odontite plus ou moins intense peut être la suite de l'ouverture du canal. La marche de la carie est lente et sa surface grisâtre ; ramollie, elle est facilement pénétrée par la sonde, qui ne cause aucune douleur.

Prognostic. Il est plus grave que la carie précédente, quoiqu'au premier abord il le paraisse moins ; cela tient à la difficulté extrême.

pour ne pas dire l'impossibilité, de borner cette affection par le plomber.

Traitement. Les antiphlogistiques, utiles dans la première espèce, sont inutiles dans celle-ci, quand ils n'y sont pas nuisibles; et les liqueurs spiritueuses, tant défendues dans la carie interne, produisent ici d'excellens effets. Il en est de même des essences de menthe et de gérofle appliquées directement sur la carie.

Lorsque l'affection n'est que le résultat d'une lésion produite par un agent extérieur, et qu'elle est superficielle, le *limer* seul suffit. La cautérisation et le plomber, moyens si héroïques dans la carie interne, suffisent à peine dans celle-ci pour arrêter momentanément les progrès. Ceci ne doit point paraître étonnant, puisqu'elle n'est que le symptôme d'une autre affection beaucoup plus grave, qui, continuant toujours, finit par faire vaciller le métal, qui ne tarde pas alors à tomber de lui-même.

Epulis. On a donné ce nom à de petits phlegmons que l'on rencontre à la surface et dans l'intérieur des gencives. Ils peuvent être le résultat d'une inflammation franche de ces organes, ou être symptomatiques d'une carie dentaire. Dans la première hypothèse l'épulis n'entraîne avec lui aucune gravité; tandis que, dans la seconde, le danger devient beaucoup plus grand, car le phlegmon, simple d'abord, augmente de jour en jour par la persistance de sa cause, s'abcède, et le pus, filtrant sous la muqueuse gengivale ou labiale, finit par faire saillie sous un point quelconque de la joue, où il s'ouvre en formant une véritable fistule, toujours grave par la malpropreté et la difformité qu'elle entraîne avec elle. Il est arrivé quelquefois qu'on ait voulu guérir par la cautérisation ces fistules dentaires avant de s'être assuré si elles dépendaient d'une carie, ou si cette dernière avait borné ses progrès. Mais qu'est-il arrivé? Qu'à côté de la première cicatrice obtenue, on n'a pas tardé à apercevoir un nouveau gonflement, dont la rupture a renouvelé la fistule que l'on croyait

guérie. Et comment en eût-il été autrement? On attaquait l'effet, et la cause était toujours existante.

Le seul traitement à employer en pareil cas consiste uniquement dans l'extraction de la dent dont la racine entretient la fistule.

Lésions vitales. Elles consistent essentiellement dans l'altération des propriétés par lesquelles les êtres organisés et vivans se distinguent de la matière inerte ; elles agissent en altérant ou en détruisant les fonctions : de ce nombre sont les névralgies dentaires.

Par le mot de *névralgie dentaire*, on entend une affection morbide qui a pour signes caractéristiques d'arriver tout à coup à son *summum* d'intensité, puis de disparaître subitement, ou de se porter avec rapidité sur un organe voisin.

Ces névralgies peuvent être générales ou limitées : générales, quand elles occupent la totalité des deux arcades ; limitées, lorsque la moitié d'une arcade, trois, deux ou une seule dent participent à l'affection.

Les signes qui la caractérisent sont : de faire irruption tout à coup et sous l'influence de causes souvent inappréciables, de susciter des douleurs extrêmement vives; dès le prélude, douleurs fugaces, susceptibles de changer de lieu, et de disparaître avec la même promptitude qu'elles se sont manifestées.

Causes prédisposantes. Le tempérament nerveux, le sexe feminin, l'age adulte, sont regardés comme celles qui doivent occuper le premier rang. On peut leur adjoindre un temps brumeux, une atmosphère élevée ou chargée d'électricité.

Sa durée peut être extrêmement variable : chez les uns, elle ne paraît qu'instantanément ; chez d'autres, elle peut durer plusieurs jours ; mais, quelle que soit cette durée, lorsque la névralgie cesse, c'est tout à coup. Elle diffère, sous ce rapport, des inflammations de la pulpe ou du périoste, qui diminuent insensiblement.

Comme la douleur névralgique existe dans les nerfs, elle suit quelquefois leur trajet avec une exactitude frappante, non-seulement à la face, mais encore jusqu'au centre cérébral. Les nerfs qui commu-

niquent avec ceux qui se distribuent aux dents, peuvent aussi donner des preuves plus ou moins évidentes de sympathies.

Traitement. Si l'affection névralgique est légère, le traitement devient inutile; la douleur, fugace de sa nature, disparaîtra d'elle-même; mais si elle est vive, il peut arriver que le traitement, même le mieux administré, échoue devant elle ou reste sans effet. Toutefois, dans l'emploi des moyens curatifs, il ne faudra jamais perdre de vue les causes que l'on présume le plus vraisemblablement avoir provoqué cette affection. Si elle a paru à la suite d'une suppression de règles, il ne faut rien négliger pour les rappeler; bains de pied sinapisés, sangsues à la vulve, fomentations émollientes, bains de vapeurs, ventouses à la partie interne et supérieure des cuisses. Si elle coïncide avec une disparition subite des douleurs goutteuses ou rhumatismales, c'est vers ce côté qu'il faut diriger toute son attention; ne peut-on l'attribuer qu'à une température trop élevée, il faut soustraire l'individu malade à son influence, puis au moyen d'un traitement convenable, faire cesser les symptôme concomitans de cette affection.

Les moyens à employer contre les affections dentaires peuvent être réduits à trois classes générales, les *antiphlogistiques*, , les *antispasmodiques*, , les *dérivatifs* ou *antipériodiques*.

1°. *Antiphlogistiques.* Ils réussissent très-rarement, et si les auteurs citent des cas de guérison obtenue par leur emploi, il est beaucoup plus rationnel de penser qu'ils avaient eu affaire à une odontite plutôt qu'à une névralgie.

2 °. *Les antispasmodiques.* Ils sont fréquemment employés, et s'il est constant qu'ils apportent du soulagement, il est aussi hors de doute que leur action n'est que momentanée; souvent même on les voit échouer : néanmoins, on peut les administrer sans danger.

3°. Les *dérivatifs* sont peut-être les seuls qui produisent un changement durable; comme dérivatifs proprement dit, celui dont on a le plus à louer le succès, c'est un vésicatoire appliqué derrière l'o-

reille du côté malade, ou bien sur la tempe. Souvent, et à partir même du moment de son application, il enlève la douleur comme par magie ; dans d'autres, on est obligé de le faire un peu suppurer pour en obtenir les effets qu'on s'était promis.

Les purgatifs sont aussi employés heureusement, mais, pour cela, il faut constater auparavant l'intégrité des organes sur lesquels les médicamens doivent agir.

Comme antipériodique, le sulfate de quinine se comporte ici de la même manière que dans toutes les autres affections qui offrent un type intermittent.

Il faut bien se garder de condescendre au désir de certaines personnes tourmentées de névralgies dentaires et qui demandent avec instance l'extraction de la dent sur laquelle les douleurs sont fixées ; ces douleurs, qui cesseront une heure ou deux après, ne tarderont pas à reparaître sur les dents voisines, et peut-être dans le moment même où le malade se félicitait de l'opération qu'il avait exigée. D'ailleurs, ne doit-on pas avoir présent à l'esprit que la douleur ne réside pas dans la dent, mais dans les nerfs qui s'y rendent, et que l'ablation de cet organe osseux ne peut tout au plus qu'alléger momentanément les souffrances. La section des nerfs ainsi que leur cautérisation ont quelquefois réussi, mais aussi le plus souvent elles ont été sans succès.

On voit quelquefois, chez des enfans bien portans, des douleurs atroces et de violentes convulsions se manifester à la sortie d'une dent, et le plus ordinairement celle de sagesse ; l'enfant porte alors souvent la main à la bouche, et si on examine l'arcade alvéolaire, on voit une tumeur qui, faisant saillie où doit sortir la dent, tiraille la gencive et cause une espèce de névralgie. Le seul moyen à prendre consiste à faire une section elliptique de la gencive, mais assez grande pour donner passage à la dent. Cette opération, extrêmement simple, réussit constamment

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

IV.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

V.

A sudore horror, non bonum. *Sect.* 7, *aph.* 4.